

通所リハビリテーション事業

重 要 事 項 説 明 書



医療法人 畏敬会

井野辺病院 通所リハビリテーション

重要事項説明書

1. 事業者の概要

- (1) 名 称 医療法人 畏敬会
(2) 所在地 大分県大分市府内町1丁目3番23号
(3) 代表者名 理事長 井野邊 純一

2. 事業所の概要

- (1) 居宅サービスの種類 通所リハビリテーション
介護予防通所リハビリテーション
(2) 名 称 井野辺病院通所リハビリテーション
(3) 所在地 大分県大分市大字中尾字平255番地
(4) 電話番号 097-548-7081
(5) 指定年月日 平成12年10月1日
(6) 介護保険事業所番号 4470101769
(7) 管理者氏名 井野邊 純一
(8) 責任者氏名 一丸 慎吾
(9) 利用定員 62人

3. 事業の目的及び運営の方針

事業の目的	利用者が可能な限り居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、理学療法、作業療法その他必要なりハビリテーションを行うことにより、利用者の心身の機能の維持回復を図ることを目的とする。
運営の方針	① 通所リハビリテーションサービスは、利用者の要支援・要介護状態の軽減若しくは悪化の防止に資するよう、その目標を設定し、計画的に行うものとする。 ② 事業所自らその提供する通所リハビリテーションの質の評価を行い、常にその改善を図るものとする。 ③ 通所リハビリテーションの提供に当たっては、医師の指示及び通所リハビリテーション計画に基づき、利用者の心身の機能の維持回復を図り、日常生活の自立に資するよう、妥当適切に行う。 ④ 通所リハビリテーションの提供に当たる従業者は、通所リハビリテーションの提供に当たっては、懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者又はその家族に対し、リハビリテーションの観点から療養上必要とされる事項について、理解しやすいように指導又は説明を行う。 ⑤ 通所リハビリテーションの提供に当たっては、常に利用者の病状、心身の状況及びその置かれている環境の的確な把握に努め、利用者に対し適切なサービスを提供する。特に、認知症の状態にある要介護者等に対しては、必要に応じ、その特性に対応したサービスの提供ができる体制を整える。

4. 事業実施地域及び営業日時等

- (1) 通常の事業実施地域 大分市（中心部、南大分、西大分、植田）、
由布市挾間町
- (2) 営業日 月曜日～土曜日（1月1日～3日までを除く）
- (3) 営業時間 8時30分～17時30分
- (4) サービス提供時間 9時～16時30分

5. 職員の配置状況

職 種	員 数	業務内容
管理者（医師）	1名以上	事業所の運営管理を総括する。
看護職員	7名以上	管理者及び医師の指示を受けて行う利用者の看護、保健衛生及び介護、その他必要な業務の提供を行う。
介護職員		管理者の命を受けて行う利用者の日常生活全般にわたる介護、その他必要な業務の提供を行う。
理学療法士		管理者及び医師の指示を受けて行う利用者のリハビリテーション、その他必要な業務の提供を行う。
作業療法士		
言語聴覚士		
管理栄養士	非常勤	管理者及び医師の指示を受けて行う利用者の栄養改善（低栄養状態の改善）に資する支援を行う。
歯科衛生士	非常勤	管理者及び医師の指示を受けて行う利用者の口腔機能向上に資する支援を行う。

6. 提供するサービス内容と利用料金

事業所では、利用者に対して以下のサービスを提供します。

事業所が提供するサービスについて、

- | |
|--|
| (1) 利用料金が介護保険から給付される場合
(2) 利用料金の全額を利用者に負担いただく場合 |
|--|

があります。

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス

＜サービスの概要＞

- ① 生活指導（相談援助等）
- ② 個別リハビリ
- ③ 介護サービス
- ④ 介護方法の指導
- ⑤ 健康状態の確認
- ⑥ 送迎（通常の事業実施地域外の交通費は別途いただきます。）
- ⑦ 食事サービス（食費は別途いただきます。）
- ⑧ 入浴サービス
- ⑨ 口腔機能向上サービス

＜サービス利用料金＞

下記の料金表によって、利用者の要介護状態区分に応じた基本料金及び加算料金の合計金額のうち、各利用者の負担割合に応じた額を自己負担額としてお支払い下さい。

【通所リハビリテーション費（１日あたり）】

要介護状態区分 項目（単位：円）	要介護1		要介護2		要介護3		要介護4		要介護5		
基本料金（6時間以上7時間未満）	6,750		8,020		9,260		10,770		12,240		
入浴介助加算（Ⅰ）／（Ⅱ）（※1）	（Ⅰ）400		（Ⅱ）600						実施毎に算定		
通所リハマネジメント加算イ／ロ／ハ（※2） 同意を得た日の属する月から6月以内	イ	5,600	□	5,930	ハ	7,930	※通所の医師が利用者及び家族に説明し同意を得れば+2700		月1回算定		
通所リハマネジメント加算イ／ロ／ハ 同意を得た日の属する月から6月超え	イ	2,400	□	2,730	ハ	4,730					
リハビリテーション体制加算（※3）	240						利用毎に算定				
短期集中個別リハ実施加算（※4）	1,100						利用毎に算定				
生活行為向上リハ加算（※5） 利用開始日の属する月から6月以内	12,500						月1回算定				
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）／（Ⅱ）	（Ⅰ）200		（Ⅱ）50						6月に1回が限度		
口腔機能向上加算（Ⅰ）／（Ⅱ）	（Ⅰ）1,500		（Ⅱ）イ 1,550		（Ⅱ）ロ 1,600				月2回まで算定		
栄養アセスメント加算	500						月1回算定				
栄養改善加算	2,000						月2回まで算定				
退院時共同指導加算（※6）	6,000						初日に1回算定				
重度療養管理加算（※7）	1,000						利用毎に算定				
中重度者ケア体制加算（※8）	200						利用毎に算定				
移行支援加算（※9）	120						利用毎に算定				
送迎を行わない場合（※10）	-470										
科学的介護推進体制加算	400						月1回算定				
サービス提供体制加算（Ⅱ）	180						利用毎に算定				
合計金額											
介護職員等処遇改善加算（Ⅲ）（※11）											
自己負担額											

※１ 入浴介助加算（Ⅰ）： 医師等が居宅を訪問し、浴室における動作及び浴室の環境を調査していること。入浴が難しい環境であれば福祉用具の貸与・購入・改修等の助言を行う。又、医師と連携し浴室の環境を踏まえた個別の入浴計画を作成し、その計画に基づき、個浴その他の利用者の居宅の状況に近い環境で入浴介助を行う

※２ 通所リハマネジメント加算： 通所リハビリ計画を利用者又は家族に説明し、利用者の同意を得た日の属する月から起算して（イ／ロ／ハ） ６月以内の期間のリハビリテーションの質を管理した場合算定。

越えた場合は３月に１回以上医師の同席のもとリハビリテーション会議を開催し且つ医師、若しくは担当のセラピストによる説明を行った場合、**１月につき１回算定。ロはそれに加えて国の定める方法で評価を提出した場合算定。**

※３ リハビリテーション体制加算： 事業所に配置されるＰＴ、ＯＴ、ＳＴの合計数が利用者の数が２５又はその端数を増すごとに１以上であること

※４ 短期集中個別リハ実施加算： 退院（所）日または認定日から起算して**３月以内の期間**、１週につき概ね２日以上、１日あたり４０分以上個別リハビリを実施した場合に算定

※５ 生活行為向上リハ加算： 生活行為向上に焦点を当てたリハビリを実施した場合、**１月につき１回算定**

※６ 退院時共同支援加算： 退院前の話し合いに参加し、在宅でのリハに必要な指導を共同で行うことで１回に限り算定

※７ 重度療養管理加算： **要介護３、要介護４、要介護５の方で、胃瘻など医学的管理の必要な方が対象**

※８ 中重度者ケア体制加算： **要介護３以上の方の占める割合が３割以上である場合に算定可能な体制加算**

※９ 移行支援加算： 社会参加に資するサービスを提供している場合に算定可能な体制加算

※１０ 送迎を行わない場合： 片道につき４７単位を減算

※１１ 通所リハ処遇改善加算（Ⅲ）： 介護職員処遇改善加算として、合計金額に対し６．６％算定

【介護予防通所リハビリテーション（1月あたり）】

項目（単位：円）	要支援1	要支援2
基本料金（1時間以上2時間未満）（※1）	22,680	42,280
栄養アセスメント加算（※2）	500	1月につき
栄養改善加算（※3）	2,000	1月につき
口腔・栄養スクリーニング加算（※4）	（Ⅰ） 200	（Ⅱ） 50
口腔機能向上加算（※5）	（Ⅰ） 1,500	（Ⅱ） 1,600
一体的サービス提供加算（※6）	4,800	
科学的介護推進体制加算（※7）	400	1月につき
退院時共同指導加算（※8）	6,000	退院時
サービス提供体制加算（Ⅱ）	720	1,440
合計金額		
介護職員等処遇改善加算（Ⅲ）（※9）		
自己負担額		

※1 基本料金について： 利用を開始した日の属する月から起算して1年を超えて介護予防通所を行った場合は、要支援1の場合は-1200円、要支援2の場合は-2400円減算します。

※2 栄養アセスメント加算：管理栄養士、その他職種のものが共同して栄養アセスメントを実施し、その結果を説明し、その情報を厚生労働省に提出し、必要な情報を活用する場合算定。

※3 栄養改善加算：管理栄養士を配置し利用者ごとに栄養ケア計画を作成し、定期的に評価を行う場合算定。

※4 口腔・栄養スクリーニング加算：利用開始時及び6月ごとに口腔及び栄養状態を確認しCMに情報提供する場合算定。

※5 口腔機能向上加算：口腔機能改善管理指導計画を作成し、計画に基づきサービスを提供し、記録・評価をした場合。算定する。（Ⅱ）は必要な情報を厚生労働省に提出した場合に算定。3月以内に月2回まで算定。

※6 一体的サービス提供加算：栄養改善サービス及び口腔機能向上サービスを実施していること。利用者がサービスを受けた日において栄養改善サービス又は口腔機能向上サービスのうちいずれかのサービスを行う日を1月につき2回以上設けることで算定。

※7 科学的介護推進体制加算：利用者ごとの基本的情報を厚生労働省に提出している場合に算定。

※8 退院時共同支援加算：退院前の話し合いに参加し、在宅でのリハに必要な指導を共同し行うことで1回に限り算定

※9 通所リハ処遇改善加算（Ⅲ）：介護職員処遇改善加算として、合計金額に対し 6.6% 算定

介護保険の給付対象とならないサービス

以下のサービスは、利用料金の全額が利用者の負担となります。

＜サービスの概要と利用料金＞

① 通常の事業実施地域を越えて行う通所リハビリテーションサービスの送迎に要した交通費

自動車を使用した場合の交通費は、通常の事業実施地域を越えてから、おおむね片道1kmごとに10円を徴収します。

② 食事の提供（食費）

1食あたり700円

③ レクリエーション等の活動

利用者の希望により各種活動に参加していただくことができます。

利用料金：材料代等の実費をいただきます。

④ 複写物の交付

利用者は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できますが、複写物を必要とする場合には実費をご負担いただきます。

1枚につき 10円

⑤ 特別行事費として行事に係る相当な費用

実費

⑥ 日常生活上必要となる諸費用

実費

※ 経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更することがあります。その場合、事前に変更の内容と変更する事由について、変更を行う2ヶ月前までにご説明します。

（2）利用予定日の利用の中止（食事の取り消し）、変更

○利用予定日の前日までに申し出がなく、当日になって利用の中止（食事の取り消し）の申し出をされた場合、取消料として下記の料金をお支払いいただく場合があります。

但し、利用者の体調不良等正当な事由がある場合は、この限りではありません。

○	利用予定日の前日までに申し出があった場合	無料
	利用予定日の前日までに申し出がなかった場合	700円（食費分）

利用の変更の申し出に対して、事業所の稼働状況により利用者の希望する期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日を利用者に提示して協議します。

（3）利用料金の支払い方法

1ヶ月毎のご請求となります。

月末に集計した利用料金等の利用明細書（請求書）を翌月10日前後にご連絡します。お支払いは、現金又は口座引落等をお願いいたします。

なお、口座引落を希望される方は、ご連絡ください。

（４）利用に当たっての留意事項

- 利用中の飲酒や喫煙、政治活動又は宗教活動は、ご遠慮願います。
- 利用者の所持金その他貴重品は利用者自らで管理をお願いします。利用者同士での物品、金銭のやり取り等に関して、事業所は責任を負いません。
- 他の利用者の迷惑になる行為（けんか、口論、中傷等）は行わず、相互の融和を図るように努めるようお願いします。

7. サービスに対する相談・苦情・要望等の窓口

サービスに関する相談、苦情及び要望等については、下記の窓口にて対応いたします。苦情等については、真摯に受け止め、誠意を持って問題の解決に臨み、対応内容はこれを記録及び保存し、常にサービスの質の向上に努めるものとします。

（１）事業所における苦情等の窓口

苦情等受付担当者	事業所の従業者
苦情等解決責任者	一丸 慎吾
受付時間	８時３０分～１７時３０分（休業日を除く）
電話番号	０９７－５４８－７０８１

注）苦情対応の基本手順

- ①苦情の受付、②苦情内容の確認、③苦情等解決責任者への報告、④苦情解決に向けた対応の実施、⑤原因究明、⑥再発防止及び改善の措置、⑦苦情等解決責任者への最終報告、⑧事業者への報告、⑨苦情申立者に対する報告。

（２）行政機関その他苦情受付機関

大分市介護保険担当課	受付時間	平日８時３０分～１７時００分
	電話番号	０９７－５３４－６１１１
由布市介護保険担当課	受付時間	平日８時３０分～１７時００分
	電話番号	０９７－５８２－１１１１
大分県国民健康保険団体連合会	受付時間	平日８時３０分～１７時００分
	電話番号	０９７－５３４－８４７５

8. 事故発生時の対応

利用者の病状の急変や転倒などによる事故が生じた場合、必要に応じて臨機応変の手当を行うとともに、医師への連絡を行い、医師の指示に従います。

9. 緊急時の対応

利用者の主治医又は併設医療機関への連絡を行い、医師の指示に従います。
また、緊急連絡先にご連絡いたします。

10. 虐待防止に関する事項

事業所は、利用者の人権の擁護・虐待等の防止のため、以下の措置を講じるものとします。

- ① 虐待防止に関する責任者の選任（責任者：一丸 慎吾）
- ② 虐待を防止するための従業者に対する研修の実施
- ③ 利用者及びその家族からの苦情処理体制の整備
- ④ その他虐待防止のために必要な措置

11. 非常災害対策

事業所は、消防法施行規則第3条に規定する消防計画及び風水害、地震等の災害に対処するための計画に基づき、非常災害に備えるため、年に2回以上、避難、救出その他必要な訓練を行います。

12. 業務継続計画の策定等について

- （1）事業所は、感染症や非常災害の発生時において、通所リハビリテーションの提供を継続的に実施するため、及び非常時の体制で早期の業務再開を図る為の計画を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じます。
- （2）事業所は、従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的の実施します。
- （3）事業所は、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

13. ハラスメントへの対策強化について

- （1）事業所は、適切なサービス提供を確保する観点から、職場において行われる性的な言動又は優越的な関係を背景といった言動であっても、業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより従業者の就業環境が害されることを防止するための方針の明確化の必要な措置を講じます。
- （2）利用者またはその家族などが従業者に対して、前1号に掲げるもの及び著しい迷惑行為等、保険上定められている以外のサービスの提供を強要された場合などは事業者は事実確認を行い、必要な措置を講じます。やむを得ずサービス利用を中止する場合があります。

14. その他運営に関する重要事項

事業所は、通所リハビリテーションサービス提供に当たる従業者の資質の向上のための研修を設け、業務体制の整備に努めます。

15. 個人情報の使用等及び秘密の保持

- （1）事業所及びその従業者は、利用者及びその家族の個人情報を、次に掲げるサービス提供のために必要な範囲内において、使用、提供又は収集させて頂くとともに、利用者及びその家族は、予めこれに同意するものとします。
なお、個人情報の利用目的を変更する場合には、予め通知又は公表するものとします。

1) 当事業所内での利用

- ① 利用者に提供する介護保険サービス（健康管理・リハビリテーション・食事など）
- ② 介護保険事務
- ③ 会計／経理（利用料の口座引き落とし取扱い等）
- ④ 事故等の報告
- ⑤ 利用者のサービス向上（連絡帳・ホワイトボード・写真等）
- ⑥ 実習等への協力
- ⑦ サービス向上を目的とした事例検討
- ⑧ その他、利用者に係る管理・運営業務

2) 当事業所外への情報提供としての利用

- ① 他の介護保険サービス提供事業所、居宅介護支援事業所、病院、診療所等との連携及び照会
- ② 利用者へのサービスのため、外部の医師等の意見・助言を求める場合
- ③ ご家族等への利用経過等の説明
- ④ 大分県国民健康保険団体連合会への介護給付費の請求業務
- ⑤ 大分県国民健康保険団体連合会又は保険者からの照会への回答
- ⑥ その他、利用者への保険事務に関する業務

3) その他の利用

- ① 介護サービスや業務の維持・改善のための資料・学会研修会資料
- ② 外部監査機関への情報提供

（２）事業所は、利用者及びその家族の個人情報に関して、利用者からの開示又は訂正の要求がある場合には、所定の方法に従い開示又は訂正するものとします。

（３）事業所及びその従業者は、サービスを提供する上で知り得た利用者及びその家族に関する事項を、正当な理由なく第三者に漏らさないものとします。その守秘義務は、従業者退職後及び本契約終了後も同様とします。

事業所は、利用者及びその家族に対し、本重要事項説明書により重要事項、１３項に定める個人情報の使用等について説明し、利用者及びその家族は、サービス提供開始、重要事項及び個人情報の使用等について同意しました。

説明日 令和 年 月 日

＜利用者＞

住 所.....

氏 名.....印.....

＜利用者の署名代行者＞

住 所.....

氏 名.....印.....

＜利用者の家族＞

住 所.....

氏 名.....印.....

.....（利用者との続柄.....）.....

＜事業者＞

名 称 医療法人 畏敬会
所在地 大分市府内町1丁目3番23号
代表者 理事長 井野邊 純一

＜事業所＞

名 称 井野辺病院通所リハビリテーション
所在地 大分市大字中尾字平255番地
責任者 一丸 慎吾

説明者

氏 名.....印.....